DOI: https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-1.conv

Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias

Difficult Conversations in Medicine: Professionalism and Humanism in the Art of Breaking Bad News

Recepción: 29/04/2019 | Aceptación: 22/07/2019

Lilian Torregrosa Almonacid
Médica cirujana, especialista y magíster en Bioética. Profesora asociada de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana-Servicio de Ética Clínica, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia

Fritz Eduardo Gempeler Rueda [a]
Médico anestesiólogo, magíster en Bioética. Profesor asociado de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana-Servicio de Ética Clínica, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia

José Miguel Silva Herrera
Médico urólogo, especialista y magíster en Bioética. Profesor asociado de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana-Servicio de Ética Clínica, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia

[a] Correspondencia: gempeler@javeriana.edu.co

Conflictos de interés: no existen conflictos de interés de los autores.

Cómo citar: Torregrosa Almonacid L, Gempeler Rueda FE, Silva Herrera JM. Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. Univ. Med. 2020;61(1). https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-1.conv

RESUMEN

El reconocimiento de que la calidad de la comunicación médico-paciente en situaciones críticas puede tener implicaciones a largo plazo para todos los involucrados ha suscitado una reconceptualización de esta competencia y la ha reposicionado como una habilidad clínica fundamental que se puede aprender, desarrollar y medir. La habilidad para comunicar malas noticias a pacientes y familiares no se considera hoy una competencia opcional; por el contrario, subestimar su importancia ha contribuido a la percepción creciente en los últimos años de una medicina deshumanizada. Cualquier trauma al escuchar malas noticias debe relacionarse con las noticias reales y no con la manera en que se imparten. Con el fin de apoyar a médicos, estudiantes y otros profesionales de la salud que manifiestan su inseguridad y angustia al momento de afrontar estas situaciones, se han desarrollado varias estrategias educativas y protocolos que permiten consolidar la competencia del médico en esta competencia, que más que una técnica, se debe considerar un arte. Aplicar las tácticas de comunicación efectiva en combinación con los pasos sugeridos en el modelo SPIKES facilita las conversaciones difíciles propias del quehacer médico e incrementa las competencias que a este respecto debe cultivar un buen profesional, preocupado no solamente por el conocimiento, las habilidades técnicas, las decisiones oportunas, sino también interesado en humanizar el ejercicio de una profesión que guarda

en sus entrañas el arte de transmitir compasión y respeto profundo por quien sufre.

Palabras clave
ética médica; bioética; relación médico-paciente; profesionalismo; humanismo.

ABSTRACT
The idea of medical communications were related to having "good manners" or the ability to write a medical history, however there has been a re conceptualization of this skill, and it is now considered a fundamental clinical skill that can be developed and measured. The ability to break bad news to patients and relatives is no longer considered an optional skill, on the contrary, undermining its relevance has generated a growing perception of a dehumanized medical care. In order to support doctors, students or other health professionals who undergo anguish or lack of confidence during these situations; new pedagogical strategies and protocols have been developed to strengthen the skills in this matter. Applying effective communication skills together with SPIKES protocol, can facilitate difficult conversations that are inherent to the health practice and improve abilities that all professionals must cultivate, together with knowledge, technical abilities, decision making, but also its concern to provide humanized care practices, which embody the art of compassion and respect for those who suffer.

Keywords
ethics; medical; bioethics; physician-patient relations; professionalism; humanism.

Introducción

En la práctica clínica son muy frecuentes las conversaciones médicas que abordan información negativa para el paciente, a la vez que constituyen los encuentros más difíciles para médicos y pacientes. La ética médica demanda franqueza hacia el paciente y una comunicación efectiva, sencilla, empática y humana; combinar todos los anteriores elementos en un encuentro humano cargado de múltiples emociones no solo es difícil, sino que requiere preparación.

Se ha considerado tradicionalmente que informar a los pacientes es una competencia profesional que se adquiere durante la práctica clínica, y la habilidad para comunicar malas noticias se desarrolla en paralelo a la experticia médica, por lo que no requiere para su aprendizaje más que la repetición de las conductas observadas en los docentes o profesionales de mayor experiencia. Sin embargo, a partir de información publicada en las últimas décadas, hoy se reconoce que esta habilidad no surge espontáneamente, no se desarrolla de forma equiparable en todos los médicos y tampoco es una habilidad que necesariamente progresa con los años de experiencia clínica.

Informar malas noticias a los pacientes genera en los médicos y residentes elevadas cargas de estrés laboral y emocional (1), por lo que es importante que esta habilidad se consolide tempranamente mediante estrategias educativas específicas que impidan que el médico novato deba aprender desde un proceso de ensayo y error, que resulta muy costoso para el paciente desde el punto de vista emocional (2).

La comunicación en la relación médico-paciente

La importancia de la comunicación en la educación médica se empieza a reconocer con mayor fuerza a partir de 1999, cuando el Accreditation Council for Graduate Medical Education planteó como requisito para la acreditación de los programas de residencia médica en Estados Unidos el que se demostrara la adquisición de competencias en esta área, definida como aquellas "habilidades interpersonales y de comunicación que generen un intercambio efectivo con los pacientes, sus familias y el equipo de salud". Tres organismos de regulación y control de la calidad de la educación, el National Board of Medical Examiners, la Federation of State Medical Boards y la Educational Commission for Foreign Medical Graduates plantean como requisito para la graduación en medicina el dominio de estas mismas habilidades (3,4).

En las últimas dos décadas se han incrementado los estudios en este campo y la preocupación por buscar mecanismos óptimos para fortalecer la enseñanza de este dominio de competencias, especialmente en un nuevo entorno donde los cambios del sistema sanitario contribuyen al deterioro de la comunicación médico-paciente. Los modelos de ejercicio actual, en los cuales son cada vez más frecuentes

los reclamos asociados con la deshumanización de la atención médica (5,6), dificultan los esquemas de enseñanza tradicional "a la cabecera del enfermo", favorecen la dilución del concepto de *médico tratante* y limitan el tiempo disponible para cada encuentro médico-paciente en un terreno donde son cada vez más escasos los expertos clínicos que dedican su tiempo a la enseñanza consciente del profesionalismo y humanismo médicos y constituyen verdaderos modelos para seguir. Solucionar parte de estas inconformidades a través de estrategias que optimicen la calidad de la comunicación médico-paciente tendrá, además, una influencia positiva en algunos desenlaces clínicos, como se ha planteado en una reciente revisión sistemática de la literatura (2).

La literatura muestra, además, que para estudiantes, residentes, médicos y enfermeras en ejercicio existe una percepción de incertidumbre sobre la forma en que abordan este tema en su práctica diaria(7,8); se sienten inseguros al momento de argumentar con solidez sobre los principios morales que sustentan la obligación de informar en medicina (9); manifiestan temor a la complejidad de la interacción humana que rodea este acto, especialmente si el paciente exterioriza sus emociones con llanto o agresividad (10,11), y se sienten temerosos al carecer de protocolos adecuados para abordar estas situaciones (12). Todo lo anterior refleja una enseñanza deficitaria durante la carrera, además del hecho de que la comunicación de malas noticias constituye una labor difícil desde el punto de vista humano, en especial ante situaciones limítrofes como la muerte, el cáncer, enfermedades incurables, intratables y procedimientos dolorosos mutilantes y agresivos.

Ante la perspectiva de comunicar este tipo de noticias a los pacientes, tanto los médicos como las enfermeras coinciden en los temores que experimentan, no solo a causar dolor, sino al propio dolor que experimentan, a la reacción emocional del paciente (13) y a expresar las propias emociones, lo que se deriva de una premisa común en medicina según la cual las emociones "alteran" el juicio profesional de un buen médico. Otras preocupaciones que experimentan los médicos se relacionan con la forma de lograr un balance entre el deber de honestidad sin quitar las esperanzas al enfermo (14), el temor a los conflictos con las familias —que muchas veces no están de acuerdo con que se informen las malas noticias al paciente — y la forma de resolver los conflictos derivados de la jerarquía médica, propios de entornos hospitalarios universitarios, donde puede existir controversia entre la postura del profesor y el alumno frente al deber ético de informar. Por último, existe un temor creciente a las repercusiones médico-legales de informar una mala noticia, especialmente en la discusión de errores médicos y aquellos derivados de la atención en salud.

Algunos estudios incluso han demostrado que existe un efecto fisiológico en los médicos al tener estos encuentros clínicos (15), lo que se suma a que la tendencia que existe entre algunos médicos respecto a evitar transmitir información cuando esta va a causar gran angustia en sus pacientes (16). Contar con un plan de acción que permita enfrentar estas situaciones suele aumentar la confianza del médico y le permite instaurar una estrategia para anticipar y enfrentar la angustia personal (17,18,19,20).

En las últimas tres décadas, varios autores han puesto el relieve en que las conversaciones difíciles en medicina deben incluir técnicas de comunicación que faciliten el encuentro y no constituyan limitantes en la transmisión de información (21). Numerosas estrategias de enseñanza se han desarrollado, todas orientadas a la adquisición de esta competencia: el uso de juegos de roles y escenarios de simulación que incluyen pacientes simulados, actores, sobrevivientes de cáncer e, incluso, simuladores humanos de alta fidelidad, que complementan hoy en día las estrategias educativas teóricas y tutoriales con muy buenos resultados. Estas estrategias tienen un impacto positivo no solo en quien comunica, sino en quien recibe la mala noticia (22); en diferentes escenarios se ha demostrado su efectividad para incrementar las habilidades tanto de médicos graduados como de residentes y enfermeras. Varios estudios en curso exploran su influencia en la satisfacción de los

pacientes y las familias, que ha sido un aspecto poco examinado en el pasado y probablemente uno de los más importantes (23).

Todo lo anterior justifica estudiar específicamente este tema; abordar los problemas que perciben médicos, enfermeros y pacientes sobre este aspecto de la comunicación y el profesionalismo, y desarrollar estrategias prácticas y efectivas para optimizar esta competencia en el ejercicio clínico y la educación médica actuales.

¿Qué constituye una mala noticia en medicina?

Se espera que toda la comunicación entre el equipo de salud y los pacientes sea exitosa y fluida, pero informar sobre aspectos negativos para el paciente requiere una especial consideración. Estas "malas noticias" en medicina se definen como aquellas que drástica y negativamente alteran la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro (24). La cualidad adversa de estas noticias tiene que ver más con las implicaciones que conllevan y su inoportunidad biográfica, por lo que es muy importante resaltar que el carácter adverso no depende de la opinión del médico, sino únicamente de la perspectiva del paciente, quien es el depositario de la información y sus consecuencias. La gravedad y el impacto de una noticia no los puede estimar el médico de forma "objetiva", sin contar con la apreciación subjetiva pero determinante e incuestionable del paciente.

La experiencia ha mostrado que los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó sobre ellas, por lo que es crucial el papel que el médico desempeña en ese momento, que será fundamental y muy significativo en la vida del paciente y su familia. Estudios en oncología han demostrado incluso cómo se comunican estas noticias adversas afecta el grado de estrés fisiológico de los pacientes en respuesta a ellas (25).

Protocolos para comunicar malas noticias en medicina

Existen numerosos protocolos disponibles en la literatura médica que orientan la aproximación del médico en el momento de comunicar malas noticias (19); pero todos se basan en un núcleo común que busca cuatro objetivos esenciales (24) y que consideramos son los mínimos esperables cuando de comunicar una mala noticia a un paciente se trata:

1. Recopilar la información acerca del paciente con el fin de determinar cuál es su grado de conocimiento y expectativas acerca del propio estado de salud y enfermedad.
2. Proporcionar información inteligible de acuerdo con los alcances necesidades y deseos del paciente.
3. Apoyar al enfermo empleando tácticas tendientes a reducir el impacto emocional y aislamiento que suele experimentar el receptor de las malas noticias.
4. Desarrollar una estrategia o plan de tratamiento con la participación y cooperación del paciente, que incluya las estrategias terapéuticas curativas y de cuidado.

Consideramos que para cumplir con los anteriores objetivos es importante seguir un orden secuencial en el abordaje de cada paciente y cada situación, lo cual permite comunicar la noticia de forma progresiva y adecuada, a la vez que le facilita al enfermo tener un mayor ajuste durante el proceso.

Es importante aclarar que los protocolos no constituyen "recetas de cocina" inmodificables; son, más bien, lineamientos orientadores que guían al clínico en los parámetros mínimos necesarios para comunicase efectivamente en momentos difíciles.

Presentaremos los pasos descritos en el protocolo SPIKES (26), desarrollado por el oncólogo Robert Buckman, en 1992 (tabla 1), dado que lo consideramos el más referenciado.

Adicionalmente, hemos observado en nuestra experiencia hospitalaria que es ampliamente aplicable, útil y fácil de incorporar en la práctica.

Tabla 1
Desarrollo de la sigla SPIKES

S	Setting	Lugar, preparación del encuentro
P	Perception	Conocimiento de la percepción del paciente de su enfermedad
I	Invitation	Invitación a conocer la información
K	Knowledge	Conocimiento, transmisión de la mala noticia
E	Empathy	Respuesta empática a las reacciones del paciente
S	Summary	Resumen y plan de acción

A los seis pasos descritos en el protocolo SPIKES, hemos añadido recomendaciones producto de la experiencia en el Servicio de Ética Clínica del Hospital Universitario de San Ignacio.

Paso 1. Setting: preparación del encuentro con el paciente

En un principio, el médico debe conocer la historia clínica, los diagnósticos y las opciones de tratamiento, teniendo claridad sobre cuál es la mala noticia que se va a transmitir. Como mensajero de malas noticias, es normal sentirse frustrado, incómodo y, en ocasiones, responsable (26); pero se debe recordar que, a pesar de que las malas noticias pueden ser muy tristes para los pacientes, la información es importante, por cuanto les permite apropiarse de su situación, ejercer como sujeto moral y planificar el futuro.

Conocido el cuadro clínico, el siguiente paso consiste en adecuar el escenario para poder transmitir apropiadamente una mala noticia. Dicho entorno debe facilitar la mayor privacidad posible, según la disponibilidad física del lugar, para que no se presenten distracciones durante la entrevista y se puedan cumplir los objetivos.

Algunos consejos útiles incluyen (20):

Buscar la privacidad. Lo ideal es un cuarto o consultorio, pero si no es posible, el correr las cortinas alrededor de la cama del paciente puede ayudar a generar un espacio privado.

Involucrar, si el paciente lo desea, a las personas importantes para él, como familiares, pareja o allegados. La mayoría de los pacientes prefieren estar acompañados. Cuando son numerosos los miembros de la familia, se le puede pedir al paciente que elija a uno o dos representantes.

Sentarse. Esto transmite confianza al paciente y señala que no es un encuentro rápido. No interponer barreras entre el médico y el paciente, como puede ser el escritorio, mejora la comunicación. Cuando se ha examinado recientemente el paciente, es mejor permitir que se vista antes de iniciar la discusión.

Conectar con el paciente. Mantener la conexión con los ojos, mirarlo a los ojos, esto puede ser incómodo, pero es una forma primordial de establecer una buena relación.

Tocar al paciente en el brazo o tomarlo de la mano (si el paciente se siente cómodo con esto) es otra forma de lograr una sensible conexión. Sin embargo, algunos autores no lo recomiendan si no hay suficiente confianza entre el paciente y el médico.

Poner el teléfono en silencio o pedir a un colega que responda sus llamadas.

Paso 2. Perception: percepción sobre lo que sabe y conoce el paciente

Los pasos 2 y 3 son momentos de la entrevista donde se implementa el axioma “antes de decir, pregunte”. Es decir, antes de entrar en el tema de la mala noticia, se deben utilizar preguntas abiertas para saber cómo percibe el paciente su situación médica y la gravedad de esta. Dicha aproximación puede darse con preguntas facilitadoras, por ejemplo:

¿Qué le han dicho acerca de su situación médica hasta ahora?
¿Qué cree usted que tiene?
¿Qué sabe usted de su enfermedad?
¿Por qué cree usted que le tomaron los exámenes?

Sobre la base de estas respuestas, se puede corregir la información errónea y adaptar la forma de trasmitir la mala noticia al modo que mejor entiende el paciente. También se puede determinar si el paciente está haciendo negación de su enfermedad, tiene ilusiones falsas, incurre en omisiones de detalles médicos esenciales

o tiene expectativas poco realistas sobre el pronóstico y el tratamiento.

Paso 3. Invitation: invitación al paciente a conocer su estado actual

Aunque la mayoría de las personas expresan su deseo de tener toda la información acerca de su diagnóstico, pronóstico y los detalles de su enfermedad, algunos pacientes no lo quieren así. Cuando el enfermo expresa el deseo de conocer toda la información disponible, se disminuye la ansiedad asociada a la recepción de las malas noticias. Sin embargo, el no querer saber nada es un mecanismo de defensa psicológico válido. Si los pacientes no quieren saber nada de su enfermedad, cabe preguntarles si quieren entonces que se le informe a un familiar o allegado para poder establecer el plan de acción en el futuro (27).

Paso 4. Knowledge: comunicar la mala noticia

Este es el momento central para el cual todo se ha preparado. Con el fin de facilitar el procesamiento de la información y disminuir el impacto de la mala noticia, inicialmente se debe sensibilizar al sujeto haciéndole saber que se le va a dar una mala noticia. Los ejemplos de frases que se pueden utilizar incluyen:

Desafortunadamente, tengo malas noticias…
Siento decirte que...
Lamentablemente, tengo que contarle que...
Los resultados de los exámenes no salieron como lo esperábamos…

Algunos consejos útiles:

Comenzar con el nivel de comprensión y vocabulario del paciente.

Tratar de no usar palabras técnicas propias del argot médico.

Evitar la brusquedad excesiva, que no debe confundirse con franqueza. Esta forma de dar malas noticias utilizada por algunos médicos con la creencia que deben decirlas rápidamente y sin tapujos solo lleva a que el paciente se aísle, se asuste y, muchas veces, se moleste por la brusquedad y frialdad de la conversación que puede llevarlo a interpretar al médico como cruel (28), incrementando además la posibilidad de negación de la enfermedad en el paciente.

Dar información poco a poco e ir comprobando la comprensión del paciente.

Cuando el pronóstico sea muy desfavorable, se debe evitar el uso de sentencias, como: "no hay nada más que podamos hacer por usted". Esta actitud es incompatible con el deber de cuidado de la medicina, que obliga a todo médico a ofrecer a sus pacientes el alivio de los síntomas e incomodidades cuando no existe la posibilidad de curación (29).

Paso 5. Emotions or empaty: Manejar las emociones del paciente con empatía

Estamos de acuerdo con los autores que plantean que uno de los retos más difíciles de enfrentar al comunicar malas noticias es responder a las emociones del paciente (19). Las reacciones emocionales suelen ser variables e incluyen, entre otras: silencio, negación, miedo, incredulidad, llanto, tristeza, ira, etc. Ante todas estas situaciones, el médico puede ofrecer apoyo y solidaridad al establecer una respuesta empática, que se basa en lo siguiente (19):

Observar cualquier emoción desencadenada en el paciente.

Identificar una de las emociones, la principal, y hacérselo saber. Si un paciente parece triste pero esta silencioso, utilice preguntas abiertas, por ejemplo: ¿qué está pensando o sintiendo en este momento?

Identificar la causa de la emoción: miedo al dolor, al sufrimiento, tiempo de sobrevida, etc. Si usted no está seguro, de nuevo, pregúntele al paciente.

Después de permitir un tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos, hágale sentir que usted lo acompaña en ese sentimiento, con frases como:

Yo sé que esto no es lo que quería escuchar…
Me hubiera gustado darle mejores noticias…
Me imagino lo que usted está sintiendo…

Hasta que una emoción no pase, es difícil discutir otros temas, como tratamientos o pronóstico. Si la emoción no disminuye rápidamente, es útil continuar haciendo preguntas o frases empáticas hasta que la persona se calme.

Cuando las emociones no se expresan claramente, como en el caso del silencio, el clínico debe hacer una pregunta exploratoria antes de ofrecer una respuesta empática. Así mismo, cuando las emociones son sutiles o disfrazadas en la desesperanza o el enojo, es posible aproximarse con afirmaciones indirectas como: "veo que es una noticia molesta para usted".

La combinación de frases empáticas, exploratorias y tendientes a validar las afirmaciones del paciente es una de las maneras más eficaces de proporcionar apoyo y de reducir el aislamiento; al igual que de expresar solidaridad y validar los sentimientos o pensamientos del sujeto como normales y predecibles (30,31).

Durante todo el proceso de comunicación de una mala noticia, sobre todo en este paso de empatía, son fundamentales la expresión corporal, los gestos y las actitudes. Es preciso mostrarse calmado y comprensible, abierto a la conversación y dispuesto a aclarar las dudas.

Paso 6. Strategy and summary: resumen y plan de acción

Los pacientes que tienen un plan claro para el futuro cercano son menos propensos a sentirse ansiosos e inseguros, y serán más adherentes a los tratamientos. Antes de discutir un plan de acción, es importante preguntar si se entendió lo que se quiso transmitir; de ahí que sea necesario, muchas veces, pedir que repitan lo que se les informó.

Una vez se tiene claro que el paciente entendió la mala noticia, se puede pasar a discutir las diferentes opciones de tratamiento, haciéndole saber que se van a respetar sus deseos y decisiones. Compartir la responsabilidad en la toma de decisiones reduce la sensación de fracaso por parte del médico cuando el tratamiento no tiene éxito.

Tras comprobar que se ha comprendido la información trasmitida, se evita la tendencia frecuente a sobreestimar la eficacia o malinterpretar el propósito del tratamiento propuesto (26). Es frecuente que los médicos se sientan incómodos cuando tienen que discutir con el paciente opciones de tratamiento y pronóstico si la información no es favorable, por lo que ni se deben utilizar términos diminutivos que minimicen la situación real ni dar falsas esperanzas.

Pautas generales y recomendaciones

Elementos correspondientes a lo que se ha denominado *comunicación efectiva* son primordiales en el momento de cumplir con la tarea de entablar conversaciones difíciles en el ámbito hospitalario, sobre todo cuando de comunicar malas noticias se trata. Estos elementos han sido objeto de estudio de la semiología, la cual se ha preocupado por los signos en la vida social, que incluyen costumbres, ritos y ceremonias, entre otras acciones tendientes a complementar el lenguaje en el acto de la comunicación de las sociedades humanas, y otras ciencias, como la psicología, la antropología y la sociología; también han aportado a las normas básicas para establecer diálogos comedidos.

Las recomendaciones ya resumidas y abreviadas en una serie de sugerencias suelen parecer simples y obvias; sin embargo, son esenciales en la medida en que no pueden faltar para asegurar que la conversación sea más fluida y positiva, además de cumplir con el objetivo claro de trasmitir la significativa importancia que reviste el enfermo y sus allegados.

La conferencia médico-paciente, interlocutores estos que suelen tener un grado mínimo de confianza, se debe iniciar con el saludo ajustado a las formas de cortesía, es decir, preferiblemente con el saludo de mano, e incluye la presentación con el nombre y el cargo de quien tiene en este caso la tarea de informar.

Saludar con la disposición íntima de ocupar el lugar del interlocutor asegura una conversación compasiva y cuidadosa.

Es primordial aludir al paciente por el nombre y repetirlo varias veces durante el encuentro. Aparte de que esta táctica asegura que la conversación se está dando con la persona correcta, permite además trasmitir confianza y le confiere a la charla un tinte de particularidad.

En todos los escenarios es necesario evitar conversaciones asimétricas o intimidantes, de tal forma que la siguiente indicación consiste en sentarse a la misma altura e inclinarse hacia adelante, para obtener una distancia cercana y respetuosa que permita que la conversación sea cálida y privada. La actitud, aun para informar temas delicados, debe ser relajada, sin asumir posturas defensivas que indiquen nerviosismo o inseguridad. Los pies juntos en el piso, las manos sobre las piernas, mínima gesticulación y sin movimientos involuntarios, es el modo recomendado de entablar charlas consonantes.

El papel profesional del médico supera aquí el carácter de "informante"; no se limita su tarea de informar sobre un diagnóstico y sus posibles tratamientos, se trata más bien de comunicar, mediante estrategias verbales y no verbales con afecto y compasión, para que el momento difícil que enfrentará el paciente sea realmente un encuentro humano orientado y acompañado por un experto en los aspectos científicos. Para que esto surja, el clínico debe asegurarse de responder específicamente a las principales preocupaciones del paciente (miedo a la muerte, la mutilación a la discapacidad o al dolor, a sentirse incompleto, a perder su rol o estatus, su independencia, a dejar su hogar y su familia).

El médico debe comprender cuál es la perspectiva del paciente sobre su enfermedad y reconocer aspectos únicos individuales que preocupan al enfermo al estar relacionados con sus valores, cultura y preferencias; debe ser cuidadoso y no convertirse en juez ni intentar imponer sus propias ideas o convencer al otro; escuchar sin prevenciones pues con frecuencia se generan beneficios terapéuticos para el paciente con el simple hecho de poder ventilar preocupaciones en un ambiente seguro y con alguien que se preocupa por él.

Las respuestas pragmáticas ante problemas puntuales que preocupan al enfermo se deben formular como parte de un plan de acción que es necesario para que el paciente se sienta seguro y acompañado por su equipo tratante.

Aunque el contenido de la noticia siempre será el mismo, se trata de trasmitirlo al paciente respetando su dignidad humana, de tal forma que sienta que puede gestionarse como un agente moral, libre, capaz de autodeterminarse. El médico debe buscar aspectos positivos dentro de la mala noticia que permitan al paciente pensar que aún en su difícil situación existe la posibilidad de tener alivio, acompañamiento y cuidado y la autonomía para tomar sus propias decisiones como individuo.

Lo anterior de ninguna manera quiere decir que se puedan ofrecer falsas esperanzas, pues el deber moral del médico es comunicar la verdad al paciente (32) —en este caso, la verdad hace referencia a lo que se sabe sobre su enfermedad y tratamiento, pero también a lo que se desconoce — y no ofrecer intervenciones fútiles, de dudoso beneficio y numerosos efectos secundarios que generarían un daño mayor al paciente; por lo tanto, al plantearlas se incumple con el deber ético fundamental de no maleficencia. Aquí apelamos a herramientas que ambientan el escenario en que comunicamos la mala noticia, tomadas de la retórica, la comunicación empática y el sentido común humano.

Otro ejercicio útil es el de ponerse en la situación del enfermo "en los zapatos del otro" en el momento de planear la comunicación de la mala noticia. Preguntas como: ¿qué valoraría yo del médico al momento de informarme: su calidez, lenguaje, amabilidad, tranquilidad, seguridad o claridad en el mensaje? ¿Cómo quisiera yo ser informado sobre una noticia difícil?

Son estos aspectos humanos, los que hacen de este acto médico uno de los más definitivos en el ejercicio clínico diario y es aquí donde precisamente se juega la humanidad del médico y su profesionalismo.

Referencias

1. Bousquet G, Orri M, Winterman S, et al. Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. Clin Oncol. 2015;33:2437-43.

2. Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am. 2003;87:1115-45.

3. Kavic MS. Competency and the six core competencies. J Soc Laparoend. 2002;6:95-7.

4. Makoul G. Communication skills education in medical school and beyond. JAMA. 2003;289:93.

5. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. West J Med. 2000;173:244-50.

6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health System. Washington DC: National Academies Press; 2000.

7. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, et al. Nurses’ perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. J Med Ethics Hist Med. 2014;12:18.

8. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, et al. How to break bad news: physicians’ and nurses’ attitudes. Iran J Psychiatry. 2010;5:128-33.

9. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. J Clin Oncol. 1991;9:1916-20.

10. Morgans AK, Schapira L. Confronting therapeutic failure: a conversation guide. Oncologist. 2015;20:946-51.

11. Warnock C, Buchanan J, Tod AM. The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. J Adv Nurs. 2017;73:1632-45.

12. Schildmann J, Cushing A, Doyal L, et al. Breaking bad news: experiences, views and difficulties of pre-registration house officers. Palliat Med. 2005;19:8.

13. Fujimori M, Oba A, Koike M, et al. Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. J Cancer Educ. 2003;18:194-201.

14. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, et al. Oncologists’ attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. J Clin Oncol. 2002;20:2189-96.

15. Meunier J, Merckaert I, Libert Y, et al. The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. Patient Educ Couns. 2013;93(1):40-7.

16. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. BMJ. 1985;291:1711-3.

17. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al. Communication skills training in oncology: description and preliminary out-comes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. Cancer. 1999;86:887-97.

18. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer. 1995;71:1263-9.

19. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA. 1996;276:496-502.

20. Buckman R. Breaking bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992. p. 65-97.

21. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. BMJ. 1988;297:907-9.

22. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. Br J Cancer. 2010;103:171-7.

23. Skye EP1, Wagenschutz H, Steiger JA, et al. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. J Cancer Educ. 2014;29:704-8.

24. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J. 1984;288:1597-9.

25. Morita T, Akechi T, Ikenaga Y, et al. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. Ann Oncol. 2004;15:1551-7.

26. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Commun Oncol. 2005;2:138-42.

27. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease: implications for cancer screening and management. Cancer. 1995;76:167-77.

28. Lind SE, DelVecchio-Good MJ, Seidel S, et al. Telling the diagnosis of cancer. J Clin Oncol. 1989;7:583-9.

29. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis: procedures that influence patient hopefulness. Cancer. 1993;72:3355-65.

30. Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making "conneixons": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. Ann Intern Med. 1993;118:973-7.

31. Suchman AL. A model of empathic communication in the medical interview. JAMA. 1997;277:678-82.

32. Drane JF. Honesty in medicine: should doctors tell the truth? [internet]. Santiago: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile; s. f. Disponible en: http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76983/honesty-in-medicine-should-doctors-tell-the-truth